



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Curso de Psicologia

AS CRENÇAS ENVOLVIDAS NA AGRESSÃO DO HOMEM

À PARCEIRA DE ORDEM ÍNTIMA

Angélica da Silva Lantyer

Orientador: Ricardo da Costa Padovani

Santos, 2011

Angélica da Silva Lantyer



**AS CRENÇAS ENVOLVIDAS NA AGRESSÃO DO HOMEM
À PARCEIRA DE ORDEM ÍNTIMA: UMA ABORDAGEM
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

**Trabalho de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte das
exigências para obtenção do título de Psicólogo pela
Universidade Federal de São Paulo- Campus Baixada Santista.**

Santos, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Lantyer, Angélica da Silva

As crenças envolvidas na agressão do homem

À parceira de ordem íntima/ Angélica da Silva Lantyer. – –
Santos, 2011.

38 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade
Federal de São Paulo - UNIFESP - Campus Baixada Santista, 2011

Curso: Psicologia

Orientador: Ricardo da Costa Padovani

1. violência/psicologia. 2. mulheres 4. homens I. Padovani,
Ricardo da Costa II. Título. III. Santos - UNIFESP - Campus Baixada
Santista.

CDD 150

Ficha catalográfica - Biblioteca - UNIFESP, Campus Baixada Santista.

ANGÉLICA DA SILVA LANTYER

AS CRENÇAS ENVOLVIDAS NA AGRESSÃO DO HOMEM À
PARCEIRA DE ORDEM ÍNTIMA

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Lara Cristina D'Avila Lourenço Lara C. d. Lourenço

Prof. Dr. Ricardo da Costa Padovani Ricardo da Costa Padovani

Aprovado em: 05 / 12 / 11

“Renova-te.

Renasce em ti mesmo.

Multiplica os teus olhos, para verem mais.

Multiplica-se os teus braços para semeares tudo.

Destrói os olhos que tiverem visto.

Cria outros, para as visões novas.

Destrói os braços que tiverem semeado,

Para se esquecerem de colher.

Sê sempre o mesmo.

Sempre outro. Mas sempre alto.

Sempre longe.

E dentro de tudo.”

Cecília Meireles

Agradecimentos

A minha mãe que incentivou minhas escolhas profissionais quaisquer que fossem e colaborou com uma formação bem sucedida proporcionada por nosso esforço mútuo e amor.

Aos meus avós, que me deram amor, carinho e cuidados, e ainda continuam presentes.

Ao Ricardo Padovani, meu orientador, que sempre acreditou no meu potencial para colocar este projeto adiante, e colaborou ativamente no processo de criação deste trabalho.

SUMÁRIO

Resumo.....	8
Introdução.....	9
Objetivo.....	11
Metodologia.....	12
Capítulo 1- Teoria Cognitiva de Aaron Beck.....	13
Capítulo 2- Terapia Focada no Esquema de Jeffrey Young.....	18
Capítulo 3- O Homem que Agride a Parceira.....	24
Capítulo 4- Considerações Finais.....	33
Referências Bibliográficas.....	35

RESUMO

A violência contra a mulher cometida pelo parceiro de ordem íntima é um fenômeno universal que desconhece fronteiras sociais, econômicas e culturais e que pode ocorrer no domínio público e/ou privado. Buscando analisar as variáveis cognitivas relacionadas à emissão do comportamento agressivo do homem enquanto parceiro de ordem íntima, o presente estudo tem como objetivo identificar como a teoria cognitivo-comportamental descreve o processo de formação e ativação de esquemas e crenças relacionados à violência contra a parceira de ordem íntima. Para tanto, serão utilizadas como bibliografia primária a obra da autora Judith Beck (1997), que discute o processo de formação de esquemas e crenças na terapia cognitiva, e as do autor Jeffrey Young (2003) e Young, Klosko & Wishaar (2008), que amplia a compreensão da teoria cognitiva propondo um novo modelo conceitual, qual seja, a terapia focada no esquema. O intuito é observar a relevância das variáveis cognitivas na manutenção do comportamento violento. Esta pesquisa, portanto, vai contribuir para reunir as informações a respeito do agressor conjugal, das crenças envolvidas no ciúme deste agressor e de possíveis transtornos de personalidade relacionados. A metodologia utilizada é uma análise teórica da Teoria Cognitiva e da Terapia do Esquema, bem como literatura específica sobre o tema da violência. Dessa maneira, esta pesquisa visa fornecer informações a respeito do agressor conjugal, assim como das crenças envolvidas na emissão do comportamento violento e de possíveis transtornos mentais relacionados, contribuindo, portanto, com hipóteses a respeito desse complexo fenômeno. Não há, obviamente, uma pretensão de esgotar o assunto.

Palavras-chave: violência doméstica; agressor conjugal; terapia cognitivo-comportamental.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher cometida pelo parceiro de ordem íntima é um fenômeno universal que desconhece fronteiras sociais, econômicas e culturais e que pode ocorrer no domínio público e/ou privado (Padovani & Williams, 2009; Sinclair, 1985, Williams, Padovani, Brino, 2010). A gravidade e a extensão das consequências decorrentes de tal fenômeno, que vão desde a emergência de transtornos mentais leves, passando por quadros severos, até situações extremas de violência fatal, levaram-na à categoria de um problema de Saúde Pública Mundial (Lamoglia & Minayo, 2009). A condição do sofrimento se apresenta como uma característica marcante entre vítimas de atos de violência. A possibilidade de futuras ocorrências, bem como a sensação de incapacidade de por fim a tais atos favorecem a manutenção de tal condição.

Violência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como:

“O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (p.5).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) entende a violência como um comportamento aprendido e, desta forma, pressupõe que o comportamento não-violento também possa ser aprendido, através do aprendizado de novos padrões cognitivos e comportamentais alternativos ao uso da violência (Babcock, Green, & Robi., 2004). Nessa perspectiva, a abordagem cognitivo-comportamental busca modificar crenças e comportamentos inadequados e compreender as relações funcionais e crenças mantenedoras

do comportamento, melhorando a qualidade de vida e o ajustamento psicossocial dos indivíduos.

Devemos lembrar que a violência, apesar de não constituir um comportamento adaptativo socialmente, uma vez que causa danos a terceiros, tem características funcionais o que mantém (Williams et al., 2010). Pode ser utilizada como forma de eliminação de estímulos aversivos que possam estar presentes no meio, como por exemplo, quando um homem ciumento rasga a roupa da esposa porque não quer vê-la usando decote; como meio de obter reforços positivos, entre outras.

Outro aspecto que merece ser mencionado se refere à validação da sociedade da crença de que a culpa está nas mulheres, de que estas não fazem nada para mudar a situação e que gostam de apanhar. Essa ideia foi produzida culturalmente, a partir de uma visão do homem como o gênero dominante e forte e a mulher como frágil e submissa sustentada durante séculos, sendo a mulher desrespeitada e desvalorizada até por outras mulheres, enquanto os homens eximem-se da culpa e dificilmente acharão que o que fazem é errado.

É encorajadora a mudança de postura que vem se observando na sociedade nas últimas décadas, como por exemplo, a criação das Delegacias de Defesa da Mulher em 1985 e mais recentemente a criação da Lei Maria da Penha em 2006 (Brasil, 2006). Apesar desta mudança, a referida forma de pensar e agir ainda se mostra presente na sociedade brasileira, já que podemos perceber que a lei foi criada há apenas cinco anos, o que pode sinalizar a resistência cultural para a aplicação de uma pena mais severa aos agressores conjugais.

De acordo com a Terapia Cognitiva proposta por Aaron Beck na década de 60, emoções e comportamentos são influenciados pelas respectivas percepções dos eventos. Portanto, a partir desta perspectiva teórica, a condição do sofrimento pode ser adotada como resultado da interpretação que o indivíduo tem de uma determinada situação. A reação

dependerá da história prévia do indivíduo e, conseqüentemente, dos seus esquemas estabelecidos.

O modelo cognitivo coloca os indivíduos como sujeitos ativos da construção da realidade. O real é passível de ser interpretado de diversas formas. Segundo este modelo teórico, a cognição media o afeto e o comportamento, e como ela é acessível, se revela um objeto importante de estudo do comportamento agressivo. A mudança cognitiva se apresenta como um componente central na mudança do indivíduo.

OBJETIVO

Buscando analisar as variáveis cognitivas relacionadas à emissão do comportamento agressivo do homem enquanto parceiro de ordem íntima, o presente estudo tem como objetivo identificar como a teoria cognitivo-comportamental descreve o processo de formação e ativação de esquemas e crenças relacionados à violência contra a parceira de ordem íntima. Para tanto, serão utilizadas como bibliografia primária a obra da autora Judith Beck (1997), que discute o processo de formação de esquemas e crenças na terapia cognitiva, e as do autor Jeffrey Young (2003) e Young, Klosko & Wishaar (2008), que amplia a compreensão da teoria cognitiva propondo um novo modelo conceitual, qual seja, a terapia focada no esquema. Cumpre ressaltar que, embora tais autores não abordem especificamente o fenômeno da violência contra a mulher, este estudo adota a referida bibliografia, porquanto entende que ela oferece instrumentos adequados para a análise buscada. Também será utilizada bibliografia crítica sobre o assunto.

Esta pesquisa, portanto, vai contribuir para reunir as informações a respeito do agressor conjugal, das crenças envolvidas no ciúme deste agressor e de possíveis transtornos de personalidade relacionados.

METODOLOGIA

A metodologia usada nesta pesquisa é uma análise teórica, a partir de revisão bibliográfica, que permite avaliar os princípios que fundamentam o processo de formação dos esquemas e das crenças nas obras dos dois autores. Os conceitos que embasam a terapia cognitiva, proposta na obra de Judith Beck, serão versados no primeiro capítulo. No capítulo seguinte serão comentadas as teses, propostas por Jeffrey Young, sobre a terapia focada no esquema. No terceiro capítulo serão detalhadas pesquisas sobre a violência contra a mulher, provocada pelo parceiro de ordem íntima, visando obter uma visão mais ampla das variáveis cognitivas relacionadas na emissão de comportamentos violentos. O capítulo quatro apresentará as considerações finais do estudo.

Dessa maneira, esta pesquisa visa fornecer informações a respeito do agressor conjugal, assim como das crenças envolvidas na emissão do comportamento violento e de possíveis transtornos mentais relacionados, contribuindo, portanto, com hipóteses a respeito desse complexo fenômeno. Não há, obviamente, uma pretensão de esgotar o assunto.

CAPÍTULO 1 – TEORIA COGNITIVA DE AARON T. BECK

A terapia cognitiva baseia-se na hipótese de que a percepção que as pessoas têm dos eventos influencia emoções e comportamentos (Beck, 1997). Portanto, nesta teoria, o principal foco de estudo é o pensamento. Beck (1997) propõe três níveis cognitivos: um primeiro nível superficial que é composto de *pensamentos automáticos*, que são aqueles que aparecem mais frequentemente e brevemente, um segundo nível de *crenças intermediárias* que são formadas por atitudes, regras e suposições, e um terceiro nível mais rígido de *crenças centrais* que são globais e supergeneralizadas.

As *crenças centrais* surgem desde os primeiros estágios do desenvolvimento humano e são resultados da interação com o mundo e com as outras pessoas. *Crenças centrais* influenciam a formação de *crenças intermediárias* subsequentes e ambas produzem *pensamentos automáticos* relacionados.

Nesse referencial teórico, durante o desenvolvimento formam-se padrões de interpretações relativamente estáveis e organizados que são chamados de *esquemas*. Estes ajudam a pessoa a selecionar estímulos relevantes do ambiente e associar com dados armazenados na memória para que facilite a interpretação. Os esquemas estão prontos para lidar com situações regulares e também podem funcionar como estados de ativação cognitiva que ocorrem quando um indivíduo se prepara para lidar com alguma situação específica. Neste último caso, chama-se estado de *prontidão cognitiva*. Caso este estado persista, mesmo com alteração de estimulação, em outras situações, significa que um *modo* está ativado. Como em um ciclo, sempre que este *modo* for ativado, os *esquemas* e os estados de *prontidão cognitiva* correspondentes também serão e assim os *pensamentos automáticos* serão disparados (Rangé, 2001; Beck, 1997).

As *crenças centrais* são compostas de entendimentos profundos e fundamentais, podendo também ser chamadas de “*nucleares*”. Estas são as mais difíceis de serem modificadas, pois vão sendo constituídas desde as primeiras relações com o mundo durante a infância e assim tornam-se o principal foco da terapia cognitiva, já que o objetivo desta é entender o modo como as pessoas interpretam as situações e como se sentem. A partir da interação com o ambiente e com os outros, as pessoas formam crenças que variam em precisão e funcionalidade. Por mais que seja difícil modificar *crenças centrais*, pode-se iniciar com a identificação dos pensamentos automáticos para posteriormente trabalhar a modificação de *crenças intermediárias e nucleares*. A modificação de *crenças nucleares disfuncionais* permite que os pacientes se tornem menos propensos a apresentarem recaídas nas situações futuras (Beck, 1997).

É fundamental a compreensão das crenças centrais para o entendimento do que está no núcleo da cognição do agressor, e deste modo possibilitar o desenvolvimento de programas preventivos tanto com o agressor, quanto com crianças que costumam presenciar cenas de violência dentro da própria família, pois veremos mais adiante que este é considerado um fator de risco para a violência conjugal futura. A intervenção precoce favorece a modificação de padrões cognitivos disfuncionais. Para os agressores, aprender a identificar os sinais que antecedem o comportamento violento pode fazê-los evitar a concretização do ato, se estiver claro o núcleo de sua atitude.

As *crenças intermediárias* surgem a partir da tentativa de dar sentido ao nosso ambiente, sendo mais enraizadas do que o *pensamento automático* e também responsáveis diretas por eles. Podem ser chamadas de “*subjacentes*” ou “*condicionais*” por terem o raciocínio de “se... então...” e “eu deveria...” ou “não deveria...”. Já os *pensamentos automáticos* são espontâneos podendo ser compostos tanto de palavras quanto de imagens

reais, sendo específicos à situação e com potencial de desencadear reações emocionais, comportamentais e fisiológicas. Alguns *pensamentos automáticos* desencadeiam sintomas. Eles não são decorrentes de raciocínio, e surgem rapidamente, podendo ser facilmente tomados como verdadeiros, mas é possível aprender a identificá-los e fazer um teste de realidade. Podem ocorrer em forma de afirmações, como por exemplo: “Jamais vou conseguir por um fim neste relacionamento”.

Os *pensamentos automáticos* não são necessariamente conscientes, é mais comum que a pessoa tenha consciência da emoção decorrente deles, como ansiedade, tristeza, raiva, porém podem tornar-se conscientes a partir do processo terapêutico. Ao descobrir as *crenças subjacentes* relacionadas, os *pensamentos automáticos* podem ser previstos. O objetivo da terapia cognitiva é identificar os pensamentos automáticos disfuncionais (distorcem a realidade, causam muito sofrimento ou interferem em alguma capacidade do paciente) que são quase sempre de conteúdo negativista (Beck, 1997).

Cabe um exemplo prático sobre o modelo cognitivo: uma pessoa pode ter como crença central: “Sou incapaz de ser amado”. Essa crença pode levar a crenças intermediárias tais como: “Se eu deixar minha esposa sair de casa, ela irá encontrar outro homem” ou “Devo controlá-la de perto, pois ela sempre será minha”. Deste modo, pensamentos automáticos que podem surgir estão relacionados à possibilidade de ser traído ou abandonado pela esposa, como quando a esposa não atende ao telefone: “Ela só pode estar com outro” ou quando a mesma chega atrasada do trabalho: “Certamente ela me trai”. Outras pessoas teriam pensamentos diferentes, portanto podemos observar como a crença central interfere no modo do indivíduo estruturar a realidade. Neste caso, ele se sente desconfiado e com raiva favorecendo a emergência de comportamentos agressivos direcionados à parceira íntima.

Distorções cognitivas podem ocorrer com qualquer pessoa e necessariamente não estão associadas a manifestações de transtornos mentais. Existem algumas distorções cognitivas que são as mais comuns, e que podem ou não estar ligadas a categorias diagnósticas. A título de ilustração, seguem alguns exemplos: a *catastrofização*, que consiste em interpretar fatos erroneamente e exageradamente, por exemplo: “Minha vida vai acabar sem ela”; a *inferência arbitrária* que seria explicar um acontecimento com um único motivo e sem evidências disso, por exemplo: “Ela está atrasada porque se encontrou com um amante”; a *abstração seletiva* que seria focalizar apenas um aspecto dentro de um conjunto de fatos, como uma esposa que apanha quase todos os dias e recebe um presente: “Ele pode ter me batido nos outros dias, mas ele é carinhoso, ele me dá presentes”; a *maximização*, aumentar a importância de uma circunstância ruim: “eu sei que se não ficar próximo dela as coisas não acontecem”; a *minimização*, quando se desqualifica o aspecto positivo de uma situação, por exemplo: “ela dizer que sou inteligente não conta, porque é minha esposa”; a *hiperpersonificação*, quando a pessoa coloca toda a culpa em si: “eu sei que sou um verdadeiro monstro, certamente ela nunca mais vai me procurar”; *Hipergeneralização*, quando um evento é interpretado com um padrão constante: “não é que goste de bater, é ela que gosta de apanhar” e finalmente o *pensamento dicotômico*, quando se avaliam as situações em categorias polarizadas, extremas, como tudo ou nada: “Se ela não me liga avisando onde está sempre, é porque não lembra que eu existo, não me ama”.

A teoria cognitiva é amplamente utilizada na compreensão das distorções envolvidas nos transtornos mentais. Para alguns pacientes pode ser mais simples identificar pensamentos automáticos, e a partir daí identificar as crenças centrais e fazê-los entender que seu repertório comportamental foi e continua sendo moldado a partir disso. Ainda mais difícil pode ser modificar esses padrões cognitivos que foram formados desde a infância e

reforçados até a idade adulta. Para que isso aconteça é necessária uma boa aliança terapêutica, motivação do paciente, principalmente fora do contexto terapêutico, e que os problemas sejam facilmente identificáveis pelo paciente. No entanto, nem sempre esta é a realidade de um paciente com transtorno de personalidade. No próximo capítulo, a teoria proposta por Jeffrey Young traz outra perspectiva cognitiva, propondo uma forma alternativa para casos de difícil manejo.

CAPITULO 2 - TERAPIA FOCADA NO ESQUEMA DE JEFFREY YOUNG

Jeffrey Young buscando novos modelos de atuação com pacientes que apresentam estruturas cognitivas rígidas, como por exemplo, com os indivíduos com diagnóstico de transtorno de personalidade, formulou a *Teoria do Esquema*.

De acordo com o DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2002), um transtorno de personalidade constitui um padrão de comportamento ou vivência de longa duração que destoa da cultura em que o indivíduo está inserido, sendo generalizado e inflexível, tendo origem na adolescência ou início da idade adulta, de modo estável e provocando prejuízo ou sofrimento. Este padrão se manifesta em duas ou mais áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e controle de impulsos.

Pessoas com transtornos de personalidade têm mais dificuldade para identificar seus sentimentos ou pensamentos automáticos; nem sempre desenvolvem uma boa relação com o terapeuta; não se mostram motivados a cumprir tarefas de casa ou estratégias do tratamento; apresentam resistência a mudanças e acreditam ser impossível modificar certos padrões por considerá-los intrínsecos a si. Portanto, o tratamento destes pacientes deve seguir estratégias diferentes, por apresentarem um padrão de evitação frequente e dificuldades interpessoais (Young, 2003). Conforme será abordado no capítulo seguinte na pesquisa de Babcock & Costa(2008), transtornos de personalidade são comumente encontrados em agressores conjugais.

A terapia do esquema é integrativa, trazendo aspectos de modelos cognitivos, comportamentais, psicodinâmicos, de vínculo e gestálticos. Assim como componentes cognitivos e comportamentais, as mudanças emocionais, técnicas vivenciais e a relação terapêutica também são dotadas da mesma importância, sendo esta uma terapia sistemática, estruturada, ativa e diretiva e ao mesmo tempo sensível e humana (Young, 2008).

De acordo com Beck (1997) *esquema* é uma estrutura que seleciona e interpreta os estímulos externos ou internos aos quais o indivíduo é submetido, e com base nisso é possível orientar-se em relação ao tempo e ao espaço e categorizar e avaliar as experiências tornando-se capaz então de repeti-lo em experiências parecidas posteriormente. Esses esquemas começam a se formar desde as primeiras experiências da infância.

Jeffrey Young, buscando ampliar o entendimento desde esquemas, propôs o termo *Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs)* que são elaborados ao longo da vida, normalmente incondicionais, estáveis, duradouros e rígidos. Identificou que quando algumas necessidades desenvolvimentais da criança não são atendidas, um determinado padrão cognitivo tem maior probabilidade de se formar. Deste modo, ele distribui dezoito *EIDs* em cinco grandes domínios. Pacientes crônicos costumam apresentar mais do que um desses esquemas como nucleares.

O domínio “*Desconexão e Rejeição*” compreende cinco esquemas que levam à expectativa de que as necessidades de segurança, estabilidade, aceitação, carinho e respeito não serão atendidas, consequência possível de uma família imprevisível, solitária, rejeitadora ou abusiva. Aqui estão os esquemas de “*abandono/instabilidade*”, cuja cognição envolvida é de um abandono iminente de pessoas próximas porque são imprevisíveis; “*desconfiança/abuso*”, em que a expectativa é de ser enganado, decepcionado ou manipulado pelos outros; “*privação emocional*”, em que a carência emocional excessiva faz com que a pessoa acredite jamais ter o apoio suficiente; “*defectividade/vergonha*”, em que a pessoa acredita ser inferior aos outros e hipervaloriza os próprios defeitos, levando, por exemplo, a uma insegurança na presença dos outros, à crença de ser indigna de amor e a uma hipersensibilidade a críticas; e “*isolamento social/alienação*”, cuja crença é de não-

pertença ao mundo ou de ser diferente das outras pessoas, não fazendo parte de nenhum grupo (Young, 2003).

O domínio “*Autonomia e Desempenho Prejudicados*” pode ser desenvolvido a partir de uma família superprotetora, que não permite à criança confiar em si mesma, ou que não reforce o bom desempenho da criança fora da família, tornando o indivíduo incapaz de separar-se, ser independente ou ter um bom desempenho. Neste domínio estão quatro *EIDs*: “*Dependência/Incompetência*”, que compreende um desamparo, dificuldade de cumprir com as responsabilidades diárias sem ajuda dos outros; “*Vulnerabilidade/Incompetência*”, que engloba o medo exagerado de que uma desgraça possa acontecer, como doenças graves, acidentes, ser vítima de um crime; “*Emaranhamento/Self Subdesenvolvido*”, cujo principal sentimento é de simbiose com algumas poucas pessoas significativas que podem ser os pais, por exemplo, e fraca identidade individual, dificuldade de socialização com os outros e/ou questionamento da própria existência; e “*Fracasso*”, que envolve a crença de que fracassará inevitavelmente, podendo envolver também crenças de ser burro, sem talento ou ignorante.

Quando a família de origem é muito permissiva não estabelecendo os limites adequados ou não expondo a criança a níveis normais de desconforto, é possível que esta criança se desenvolva com déficit em limites internos e responsabilidade com os outros, tendo dificuldade em respeitar o direito dos outros, cooperar ou estabelecer e cumprir metas pessoais. Este domínio é chamado de “*Limites Prejudicados*” e compreende dois *EIDs*: “*Merecimento/Grandiosidade*”, no qual a interação social é orientada pela crença de superioridade ou de não ter necessidade de obedecer a regras, podendo incluir excessiva competitividade ou dominação em relação aos outros e controle do comportamento alheio de acordo com os próprios desejos e “*Autocontrole/Autodisciplina Insuficientes*”, em que a

tolerância à frustração é muito baixa, a expressão das emoções e dos impulsos é excessiva e a evitação do desconforto é tida como meta de vida.

O quarto domínio de esquemas associados que Young propõe é o da “*Orientação para o outro*”, formado a partir de uma família baseada na aceitação condicional em que os desejos emocionais dos pais são mais valorizados do que as necessidades da criança. Neste caso, o indivíduo procurará satisfazer os desejos dos outros em detrimento de suas próprias necessidades para obter amor e aprovação. Compreende os esquemas de “*Subjugação*”, cuja principal característica é a submissão para evitar retaliação ou abandono; “*Auto-sacrifício*”, em que o atendimento voluntário das necessidades alheias é feito à custa da própria gratificação e “*Busca de aprovação/reconhecimento*”, em que a auto-estima depende das reações alheias, e por isso as pessoas com este esquema buscam exageradamente aprovação e atenção das pessoas, adaptando seu modo de ser aos outros.

Por fim, o domínio da “*Supervigilância e Inibição*” é formado por esquemas que envolvem a supressão de sentimentos, impulsos e escolhas pessoais espontâneas à custa de felicidade, relaxamento, auto-expressão ou saúde devido a uma família de origem severa ou punitiva muito perfeccionista. Quatro esquemas estão associados: “*Negativismo/Pessimismo*”, em que a preocupação excessiva é decorrente da crença de que as coisas vão dar errado, sendo que os resultados negativos são exagerados; “*Inibição Emocional*”, marcado pela apatia para evitar a desaprovação dos outros ou a perda de controle sobre impulsos; “*Padrões Inflexíveis/Crítica Exagerada*”, em que a crítica exagerada a si mesmo e aos outros acaba resultando num sentimento de pressão constante, prejudicando a esfera afetiva, de prazer, de saúde e de auto-estima; e “*Caráter Punitivo*”, cuja crença de que os erros devem ser severamente punidos é a predominante. Tendência de intolerância aos outros ou a si mesmo quando se percebe abaixo de seus padrões pessoais.

Young (2008) utiliza o termo “*temperamento emocional*” para identificar uma personalidade singular e distinta que é apresentada desde o nascimento da criança. Este *temperamento* favorece o contato com determinadas contingências, e por meio desta interação os *esquemas* são formados. Isto pode nos ajudar a compreender melhor os esquemas e a estabilidade de alguns traços de personalidade.

A partir dos EIDs propostos por Jeffrey Young e considerando o impacto do estilo parental da família de origem no aprendizado do uso da violência, pode-se considerar como possíveis modelos desadaptativos favorecedores do emprego da violência contra a parceira os esquemas *abandono/instabilidade*; *fracasso*; *limites prejudicados*; *merecimento/grandiosidade*; *autocontrole/autodisciplina insuficientes* e *caráter punitivo*, que serão explicados a seguir.

No caso do esquema de *abandono/instabilidade*, por exemplo, a crença de instabilidade no vínculo com pessoas importantes faz com que o indivíduo sinta-se inseguro e acredite que possa ser abandonado pela parceira a qualquer momento por ela poder gostar de alguém melhor, favorecendo a emergência do ciúme e relacionamentos com padrões violentos. O esquema do *fracasso* também é comumente encontrado em agressores conjugais que, por terem tendência a achar que não estão sendo bem sucedidos em suas tarefas, podem culpar as companheiras ou possuírem a crença de que o próprio relacionamento também está fadado ao fracasso.

O domínio dos *limites prejudicados* também pode estar presente em agressores conjugais, por ter sido formado a partir de um ambiente infantil não permissivo, mas que ao mesmo tempo não possibilitou o senso de limites, no qual a criança não foi ensinada a lidar com a frustração, ou ainda, ensinada a lidar de modo agressivo. Isso pode dificultar no futuro a capacidade de disciplinar-se, controlar os próprios impulsos e levar em conta as

necessidades dos outros, em grau apropriado. A crença de superioridade e não respeito às regras sociais pode estar presente em homens agressivos, pois inclui características de poder e dominação excessiva. Tais características apresentam como meta o controle do comportamento da companheira. Este pode ser o caso dos homens que apresentam o esquema do *merecimento/grandiosidade*. No caso dos que apresentam o esquema de *autocontrole/autodisciplina insuficientes*, é o controle das emoções e dos impulsos que está prejudicado, levando-os a evitar a frustração de maneira descontrolada, podendo utilizar-se de violência psicológica, física e/ou sexual. Há a possibilidade da presença do esquema de *caráter punitivo*, que envolve uma tendência a estar com raiva e ser intolerante e punitivo com aqueles que não correspondem à expectativa, portanto dificuldade de perdoar os erros ou levar em conta as intenções da parceira que errou, castigando-a de forma severa.

É interessante observar que o conceito de *Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs)* ampliou a compreensão do entendimento do impacto do estilo parental de origem paterna e materna associados na emergência de padrões cognitivos, afetivos e comportamentais do homem que agride a mulher. O entendimento de tais variáveis pode constituir uma estratégia terapêutica de grande relevância no tratamento do agressor conjugal uma vez que a exibição e manutenção da violência envolvem variáveis complexas e multideterminadas.

CAPÍTULO 3 – O HOMEM QUE AGRIDE A PARCEIRA

Os agressores conjugais compõem um grupo heterogêneo cujas principais características encontradas são: exposição à família de origem agressora, dependência emocional extrema, ciúme excessivo, déficit de manejo da raiva em situações de ordem íntima, minimização e negação da violência, externalização da culpa, baixa auto-estima, depressão e ansiedade, podendo fazer o uso abusivo de substâncias psicoativas (Foran & O’Leary, 2008; Deeke e col., 2009; O’Leary, O’Leary & Slep, 2007 ; Padovani & Williams, 2002; Henning, Holdford & Jones, 2005).

Estudiosos brasileiros (Padovani & Williams, 2002; Cortez, Padovani & Williams, 2005; Padovani & Williams, 2009; Williams, Padovani & Brino, 2009; Ehrensaft, 2008; Babcock & Costa, 2008) afirmam que são poucos os estudos relacionados à intervenção com homens que agredem a mulher no Brasil.

É importante apontar que, ao contrário do que acontece nos EUA e Canadá (Hamberger, 2008), no Brasil não são observados serviços públicos específicos voltados ao atendimento do agressor conjugal, apesar da Lei nº. 11.340 de 07 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação (Brasil, 2006).

O medo imposto pelo agressor ao ameaçar tomar os filhos ou assassinar própria companheira favorece a manutenção do silêncio por parte da vítima. Adicionalmente, a crença do lar como seguro e secreto também contribui para que muitos agressores não façam parte dos números, pois existe socialmente uma crença de que não se deve interferir em “briga de marido e mulher”.

Diante de tal contexto, pode-se afirmar que os dados estatísticos referentes ao número de vítimas e modalidades de violência são subestimados. A falta programas de

intervenção específicos para os homens que agredem a mulher influencia não somente no controle deste tipo de violência, como também no desenvolvimento de programas preventivos que dêem suporte aos homens que tenham dificuldade de controlar sua agressividade. Deve-se lembrar, conforme discutido anteriormente, que a Lei Maria da Penha determina o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação (Brasil, 2006). Portanto, o investimento público em formação de equipes especializadas e programas de capacitação para o atendimento do agressor de ordem íntima merecem destaque.

É importante perceber que há uma aceitação social presente entre grupos de homens que costumam agredir suas esposas, e que acabam sendo ridicularizados ou humilhados pelos amigos quando decidem mudar seu comportamento. Este fator pode contribuir para não adesão do agressor a qualquer tipo de tratamento, além de favorecer a manutenção do comportamento agressivo e facilitar recaídas, evidenciando o impacto das variáveis cognitivas e culturais na ação violenta.

Ao realizar um estudo feito em 18 prisões da Espanha, Echebúrua e Montalvo (2007) analisaram as diferenças entre um grupo de 162 presos por violência severa à companheira sendo que 12% possuíam critérios para psicopatia ou provável psicopatia. Segundo os autores, não houve diferença entre psicopatas e não-psicopatas no quesito de homicídio das mulheres, com índice próximo a 17% dos casos, em ambos os grupos. Agressores psicopatas tiveram níveis mais baixos de empatia e auto-estima e mais altos de impulsividade e desconfiança do que os outros agressores. Os estudiosos concluíram que a maioria dos agressores não era psicopata, mas possuía instabilidade emocional, fazia abuso de substâncias, provavelmente tinha algum tipo de transtorno de controle de impulsos ou já teria se envolvido em algum acesso de raiva ou ciúmes. No Brasil, além da falta de

acompanhamento psicológico dos agressores, não se encontram também trabalhos preventivos sistemáticos específicos ao homem que agride a mulher nos serviços públicos.

O trabalho desenvolvido por Padovani e Williams (2002) com um agressor conjugal se apresentou como uma proposta pioneira no Brasil. O referido estudo mostrou a possibilidade de melhora mesmo em um caso de agressão grave que perdurou por 27 anos. O agressor deste caso havia vivenciado agressões durante a infância e possuía a crença de que “*aprender é sinônimo de apanhar*”, tendo apresentado dificuldade no manejo da raiva, baixa auto-estima e depressão moderada. Houve disparidade em relação ao seu relato e ao da esposa diante do número de ferimentos ocasionados na parceira. A intervenção foi realizada em quinze sessões individuais durante seis meses. Foram utilizadas técnicas como: relaxamento, autoregistro de comportamentos violentos, registro de pensamentos que desencadeavam agressões, técnicas de autocontrole, autoaplicação de *time-out*, manejo de raiva (discriminações de mudanças corporais), estratégias de controle de estímulo associadas ao comportamento violento (exemplo: discutir sobre dinheiro apenas em locais públicos, onde o comportamento violento não era desencadeado), análise de pensamentos disfuncionais, técnicas de manejo à depressão, treino de assertividade, role-play e leitura sobre a temática da violência doméstica seguida por discussão da mesma. O comportamento agressivo diminuiu consideravelmente, ocorrendo apenas uma agressão em menor intensidade do que de costume durante o processo de intervenção. Dois meses após o encerramento, houve uma ligação deste paciente para o condutor da terapia, e o relato de que as agressões não haviam mais ocorrido. Portanto, no referido estudo pode-se observar a importância do desenvolvimento da flexibilidade cognitiva no manejo do comportamento violento.

A pesquisa desenvolvida por Henning, Jones e Holdford (2005) no estado do Tennessee, no condado de Shelby, realizada com 1267 homens e 159 mulheres condenados por ataques domésticos contra o parceiro do sexo oposto, fez uma comparação entre os aspectos envolvidos na violência à companheira de ordem íntima e os aspectos envolvidos na violência cometida por mulheres contra seus parceiros ou cônjuges, e verificou-se que a maioria dos casos de agressão feminina ao parceiro se dá como forma de defesa a uma agressão anterior ou até mesmo a um histórico de agressão contínua sofrida pela parceira, enquanto que no caso da agressão masculina os fatores de risco estavam associados ao abuso de substâncias e a um transtorno de conduta precoce. Outros fatores relacionados à violência feminina ao parceiro são a falta de compromisso apresentada pelos mesmos e a infidelidade. A minimização, a negação e a externalização da culpa não estavam presentes nas parceiras agressoras, que também tinham um índice de reincidência à agressão muito menor do que os homens.

A maioria dos homens costuma atribuir a culpa da agressão a dificuldades financeiras, stress ou ao comportamento da parceira, portanto, externalizando a culpa, comportamento comum entre os agressores. A não responsabilização pelo ocorrido constitui uma variável de extrema relevância no tratamento e, quando trabalhada, pode levar ao abandono. Isto mostra que um trabalho importante em qualquer tipo de intervenção com os agressores é a responsabilização dos mesmos pelo seu comportamento violento. Outra forma da externalização da culpa é a justificativa do uso da violência como uma forma de autodefesa. Fica evidente que padrões cognitivos estáveis relacionados ao papel do homem na sociedade, bem como a avaliação do que constitui o comportamento desejado da parceira se apresentam como fatores de grande relevância na emissão e manutenção de

comportamentos violentos. Portanto, uma intervenção eficaz deve acessar e modificar tais padrões cognitivos disfuncionais.

As técnicas utilizadas na intervenção com homens que apresentam comportamento violento contra a mulher costumam abordar temas como a crença do poder masculino, as atitudes negativas perante as mulheres, as habilidades de comunicação, negação e externalização da culpa pelo ato violento, manejo da raiva, manejo da ansiedade e depressão, técnicas de autocontrole, relaxamento, emprego de “*time-out*”, ampliação da rede social de apoio. A mudança cognitiva (alteração no pensamento e sistema de crenças) é fundamental para que os comportamentos e emoções sejam alterados de maneira duradoura, pois os pensamentos e crenças estão na origem do problema da agressão conjugal (Cortez, Padovani, Williams, 2005; Padovani & Williams, 2002).

O estudo de Henning e col. (2005) também concluiu que tanto homens quanto mulheres agressoras têm dificuldades no controle da raiva, mas os homens também apresentaram falta de compromisso com a parceira. Nas mulheres agressoras, o segundo maior motivo da violência declarado foi o ciúme. A maioria dos homens justificou sua agressão com o fato de que as mulheres deles costumavam ser muito ciumentas. Ao discorrerem sobre o evento que os levou a prestar depoimento na delegacia, a maioria dos homens relatava que foi invenção da mulher, minimizavam a gravidade do ocorrido e às vezes colocavam a intervenção da polícia como invasiva por ser uma questão de âmbito familiar. Metade disse que estava se defendendo de um ataque iniciado pela parceira. Foi detectado que os conteúdos verbais que estes homens traziam estavam compreendidos em respostas socialmente desejáveis. Nesta pesquisa, maior número de homens (16,5%) do que de mulheres agressoras (7,5%) disseram que a sua infidelidade contribuiu para os ataques à parceira.

No Brasil, segundo uma pesquisa feita em Florianópolis com 30 casais cujas mulheres haviam registrado queixa na Delegacia da Mulher (Deeke, Boing, Oliveira & Coelho, 2009), que investigou versões masculinas e femininas do mesmo episódio, foram encontradas inúmeras divergências a respeito do número de agressões físicas e dos principais motivos desencadeantes, corroborando com os achados de que o homem agressor tende a minimizar o ocorrido e justificar seu comportamento abusivo a partir do comportamento da parceira, do estresse, de substâncias ou de dificuldade financeira, chegando a negar a severidade da ofensa (Sinclair, 1985; Cortez, Padovani & Williams, 2005; Henning, Jones & Holdford, 2005).

A pesquisa de Deeke e colaboradores (2009) apresentou dados interessantes para nossa compreensão do que pode motivar a agressão à companheira. Três categorias gerais foram criadas: “Ela”, quando o responsável pela agressão justificava seus atos com algum comportamento inadequado da companheira (incluindo agressões físicas ou verbais da companheira); “Eu” quando o agressor afirmava que a agressão havia sido motivada por sua própria irritação (por dependência química ou por dificuldades financeiras) e “Outros” quando o sujeito atribuísse a agressão à interferência de pessoas alheias à relação conjugal. Em todas as categorias foi observado o direcionamento da culpa para quaisquer outros fatores externos aos autores da agressão. Houve a responsabilização da companheira como uma crença de que o que ocorre no relacionamento é sempre atribuído a ela, ocorrendo uma inversão de papéis com o homem colocando-se como vítima da situação, e a referência a conflitos com familiares da esposa ou do marido. O abuso de substâncias como o álcool, por exemplo, também pode ser utilizado para racionalizar a agressão e eximir-se da culpa.

O ciúme é apontado como uma das razões mais comuns para a violência ao companheiro de ordem íntima segundo estudo de Babcock (2004 apud O’leary, 2008). No

estudo de Deeke et. al (2009), houve uma disparidade entre o relato masculino e o feminino perante essa questão. O ciúme foi um dos motivos mais apontados pelas mulheres como desencadeantes da agressão (50%). Em compensação, 23% dos homens citaram este fator como o principal, colocando em primeiro lugar o fato de ser contrariado (43%). Isso pode mostrar a dificuldade dos homens assumirem o comportamento de enciumar-se, que envolve crenças rígidas de traição a respeito do comportamento do outro que não necessariamente representa indício de infidelidade (Kingham & Gordon, 2004).

O ciúme é um fator comum nas relações, sendo ainda mais comum nas relações de ordem íntima, onde este pode ser chamado de ciúme romântico. Existe, porém, muita controvérsia sobre o tema, principalmente no que define o ciúme normal e o patológico, o papel de fatores filogenéticos e culturais e a diferença entre os sexos (Kingham & Gordon, 2004). O ciúme “patológico” seria então aquele que permanece mesmo na ausência de qualquer evidência de ameaça e o “normal” apareceria diante de uma ameaça real ou provável. (Pines, 1992)

Para Pines (1992), “o ciúme é uma reação a uma ameaça percebida – real ou imaginária – a uma relação valorizada ou de sua qualidade”. Sendo assim, inclusive crenças irracionais relacionadas à fidelidade da parceira podem favorecer a emissão de comportamentos violentos. Estudos mostraram que o ciúme proveniente do homem para a mulher é formado de crenças relacionadas à infidelidade sexual, enquanto que o ciúme feminino tem maior foco na infidelidade emocional. Essa diferenciação deixa evidente o impacto da cultura e do aprendizado no processo de formação de padrões cognitivos nos homens e nas mulheres.

O ciúme acaba prejudicando a relação conjugal, uma vez que torna o casal menos confiante e com menor afetividade. Deste modo, podemos considerar a agressão como uma

das consequências possíveis para o ciúme (Edalati & Redzuan, 2010), fazendo-se necessárias intervenções preventivas que utilizem também o manejo do sentimento de ciúme.

Agressores de ordem íntima mostraram maior articulação de crenças irracionais e distorções cognitivas do que grupos não-violentos quando incitados pelo paradigma ATSS (Pensamentos Articulados a Situações Simuladas) (Barbour et al. 1998; Eckhardt et al. 1998 *apud* Costa & Babcock, 2008). Esta mesma pesquisa de Costa e Babcock (2008) mostrou que os transtornos de personalidade estão diretamente relacionados às crenças distorcidas dos agressores quando irritados. Os mais frequentes transtornos envolvidos são personalidade Anti-Social e *Borderline*. As crenças que envolviam o ciúme apresentaram relação com a personalidade *Borderline*. Em pesquisa de Ehrensaft et. al. (2006) foi encontrado que em ambos os sexos, a presença de transtorno mental na idade de 18 anos predispunha à violência conjugal na idade de 24 a 26 anos. Contudo, o envolvimento em relacionamentos abusivos só aumentou a predisposição de transtornos mentais nas mulheres (Ehrensaft, 2008).

Segundo O’Leary (2008), a probabilidade de o indivíduo cometer agressão severa ou não-severa na parceira íntima enquanto embriagado aumenta se o álcool estiver combinado com fatores de risco no relacionamento como discussões, conflitos maritais, abusos verbais e ciúme, ou ainda, se apresentar determinados traços de personalidade. Homens com baixo controle de raiva e ciumentos têm grande probabilidade de estarem envolvidos em casos de agressão conjugal independentemente do consumo de álcool. Do mesmo modo, homens com um bom controle de raiva e pouco ciumentos dificilmente estarão associados aos mesmos casos, mesmo quando embriagados. O uso abusivo de bebidas alcoólicas se mostra associado à severidade da agressão. Temos aqui três fatores fundamentais que podem ser

focados numa prevenção de agressão à parceira: o manejo de raiva, o ciúme e o abuso de substâncias.

A pesquisa de meta-análise desenvolvida por Babcock, Green e Robie (2004) demonstrou que o tratamento psicoterápico na abordagem cognitivo-comportamental de agressores diminui a reincidência da agressão apenas 4% em relação à somente o uso de intervenção criminal. A taxa de reincidência de qualquer comportamento agressivo perante a companheira entre aqueles que sofrem uma punição jurídica e não cumprem o tratamento proposto é de 39%, enquanto que naqueles que sofrem a punição jurídica e fazem o tratamento cognitivo-comportamental, a reincidência é 35%. Tais achados evidenciam as dificuldades inerentes ao processo de modificação de padrões cognitivos e comportamentais não adaptativos socialmente, reforçando o quanto se mostra imprescindível o trabalho preventivo.

Jasinski e Williams (1998) analisaram a dificuldade do trabalho com o agressor, afirmando que a maioria dos tratamentos oferecidos é compulsório, ou seja, muitos homens participam apenas para conseguir minimizar a pena, ao invés de participar ativamente da proposta. Como já discutido anteriormente, a negação e minimização do ocorrido também dificultam a cooperação destes homens em qualquer proposta de intervenção, evidenciando a complexidade do trabalho com esta população.

CAPÍTULO 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostra a relevância da investigação da temática da agressividade masculina direcionada à mulher enquanto parceira íntima, como foi evidenciado os estudos com tal população se mostram reduzidos. As características deste tipo de crime, como por exemplo, acontecer no interior dos lares, a vítima ser a parceira de ordem íntima do réu, ser historicamente descrito como um comportamento socialmente aceito por se tratar de uma situação especificada do casal, criam condições para sua manutenção. Adicionalmente, fatores como minimização do episódio agressivo, negação e externalização da culpa deixam evidente os desafios desta área de atuação e pesquisa.

Pensando na abordagem cognitiva proposta por Aaron Beck (1997), pode-se afirmar a necessidade de buscar modificações de processos cognitivos disfuncionais que se apresentam estáveis e absolutistas no que se refere ao conceito da mulher enquanto parceira e esposa para melhor enfrentamento de tal modalidade de crime. Neste processo de modificação cognitiva, a investigação dos *Esquemas Iniciais Desadaptativos* (EIDs) proposto por Jeffrey Young (2008) pode favorecer a compreensão de como o comportamento da violência é adquirido, bem como pode facilitar sua modificação de maneira mais duradoura por abordar questões mais centrais e profundas do processamento cognitivo e não apenas mudança em padrões mais superficiais e conscientes. Nesta análise, a investigação detalhada da história de vida deste agressor é fundamental para entender como a violência tornou-se uma alternativa para lidar com os problemas enfrentados e quais são as situações que favorecem a emergência deste comportamento.

A complexidade deste fenômeno deixa evidente que uma intervenção eficaz exige o envolvimento de toda rede de segurança e proteção. Nessa direção, a capacitação de tais profissionais é fundamental importância para o enfrentamento eficaz da violência, já que

muitos não sabem a maneira adequada de lidar com estes eventos, ficando a desejar o tratamento destinado às vítimas e agressores por muitos profissionais. Policiais muitas vezes podem tomar partido do companheiro ou da vítima e tomar condutas distintas. Muitas mulheres temem denunciar as agressões ou por acreditar que nada será feito e sofrerem represália por parte do parceiro ou por temerem que seus companheiros fiquem presos. Profissionais da saúde também devem ser treinados de modo a manter uma conduta padronizada ao ouvir relatos de violência doméstica, e manterem uma audiência não-punitiva de modo a proporcionar que tais conteúdos apareçam.

Outro aspecto que exige mais tempo para apreciar são as mudanças nas práticas culturais, uma vez que tais práticas estarão contribuindo para a formação de crenças e relacionadas ao uso da violência. As práticas parentais também devem ser observadas, pois os pais modelam o comportamento dos filhos.

Enquanto em muitos países, o desenvolvimento de pesquisas com o agressor conjugal se revela em ampla expansão, no Brasil, a criação de programas específicos ao tratamento do agressor se mostra incipiente. Fica evidente a necessidade de desenvolvimento de serviços voltados especificamente ao homem que agride a parceira de ordem íntima e não apenas a aplicação de medidas de reclusão em sistema fechado. O tratamento oferecido também não poderá ser o mesmo para homens e mulheres (Henning et. al., 2005), uma vez que o comportamento agressivo apresenta especificidades que devem ser consideradas em um processo de intervenção. Vale ressaltar que seria de fundamental importância para a prevenção de futuras agressões que tanto vítimas quanto agressor recebessem atendimento especializado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychology Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (DSM-IV-TR). Trad. Claudia Dornelles. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed
- Babcock, J.C.; Costa, D.M. (2008). Articulated Thoughts of Intimate Partner Abusive Men during Anger Arousal: Correlates with Personality Disorder Features. *Journal of Family Violence* (23), 395–402.
- Babcock, J.C; Green, C.E; Robie, C. (2004) Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review* (23), 1023 – 1053.
- Beck, J.S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed .
- Brasil (2006). Lei Maria da Penha: Lei nº 11.340. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.
- Carvalho, L.F., Bueno, J.M.H, Kleberis, F. (2008). Estudos psicométricos preliminares do Inventário de Ciúme Romântico - ICR, *Avaliação psicológica*, 7, (3), 335-346.
- Costa, N. (2005) Contribuições da Psicologia Evolutiva e da Análise do Comportamento Acerca do Ciúme. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 7 (1), 5-13.
- Cortez, M.B., Padovani, R.C., Williams, L.C.A. (2005). Terapia de grupo cognitivo-comportamental com agressores conjugais. *Estudos de psicologia*, 22 (1), 13-21.
- Deeke, L.P., Boing, A.F., Oliveira, W.F., Coelho, E.B.S. (2009). A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Saúde e sociedade*, 18 (2), 248-258.

- Echeburúa, E.; Fernandez-Montalvo, J. (2007). Male Batterers With and Without Psychopathy: An Exploratory Study in Spanish Prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 51 (3), 254-263.
- Edalati, A.; Redzuam, M. (2010) The Relationship between Jealousy and Aggression: A Review of Literatures Related to Wives' Aggression. *European Journal of Cientific Research*. 39 (4), 498-504
- Ehrensaft, M.K. (2008) Intimate partner violence: Persistence of myths and implications for intervention. *Children and Youth Services Review*. 30, 276–286.
- Foran, H.M., O'Leary, H.D. (2008). Problem Drinking, Jealousy, and Anger Control: Variables Predicting Physical Aggression Against a Partner. *Journal of Family Violence* 23, 141–148
- Hamberger, L.K. (2008). Twenty-Five Years of Change in Working with Partner Abusers—Part II: Observations from the Trenches about Changes in Understanding of Abusers and Abuser Treatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17, 1, 1 – 22.
- Henning, K., Hordfort, R. Jones, A.R. (2005) “I didn't do it, but if I did I had a good reason”: Minimization, Denial, and Attributions of Blame Among Male and Female Domestic Violence Offenders. *Journal of Family Violence*. 20, (3), 131-139.
- Jasinski, J.L. & Williams, L.M. (1998) *Partner Violence: A comprehensive review of 20 years of research*. London: Sage Publications.
- Katz, J. (2006) *The macho paradox – Why some men hurt women and how all men can help*. Illinois, Naperville: Sourcebooks.

- Kingham, M., & Gordon, H.(2004). Aspects of morbid jealousy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 3, 207-215.
- Knapp, P. (2004) *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Paraná: Artmed.
- Lamoglia, C.V.A.; Minayo, M.C.S. (2009). Violência conjugal, um problema social e de saúde publica: Estudo em uma delegacia do interior do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 595-604.
- O’Leary, K.D., O’Leary, S.G., Slep, A.M.S, (2007) Multivariate Models of Men’s and Women’s Partner Aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75(5), 752–764.
- Padovani, R.C., Williams, L.C.A. (2002) Intervenção psicoterapêutica com agressor conjugal: um estudo de caso, *Psicologia em estudo*, 7,2, 13-17.
- Padovani, R.C. & Williams, L.C.A. (2009). Atendimento psicológico ao homem que agride sua parceira. Em R.C. Wielenska (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: Desafios, Soluções e Questionamentos* (24) 305-313. Santo André: ESETec.
- Pines, A.M. (1992) Romantic jealousy - the shadow of love. *Psychology Today*, 25 (2), 48-55.
- Rangé, B (2001) Por que sou Terapeuta Cognitivo-Comportamental? Em R.B. Banaco, *Sobre Comportamento e Cognição - aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista* (1) 21-30. Santo André: ESETec

- Rangé, B.; Fenster, D. (2004) Terapia racional emotivo-comportamental. Em P. KNAPP, *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (439-482). Porto Alegre: Artmed.
- Rosa, A.G.; Boing, A.F.; Büchele, F; Oliveira, W.F.; Coelho, E.B.S. (2008) A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. *Saúde e sociedade*, 17 (3), 152-160.
- Sinclair, D. (1985). *Understanding wife assault: A training manual for counsellors and advocates*. Toronto: Publications Ontario.
- Young, J.E. (2003) *Terapia Cognitiva para Transtornos da Personalidade – uma abordagem focada no esquema*. Porto Alegre: Artmed.
- Young, J.E.; Klosko, J.S.; Weishaar, M.E. (2008) *Terapia do Esquema – Guia de Técnicas Cognitivo-Comportamentais Inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.
- Williams, L.C.A., Padovani, R.C. & Brino, R.F. (2009). *Empowering Families to face Domestic Violence*. São Carlos: EDUFSCar.
- World Health Organization (2005), Summary Report: WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women – Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses